

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ALINE CACOZZI**

**O BEM-ESTAR SUBJETIVO DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO  
DEPRESSIVO IDENTIFICADOS NA POPULAÇÃO GERAL**

**SANTOS**  
**2017**

**ALINE CACOZZI**

**O BEM-ESTAR SUBJETIVO DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO  
DEPRESSIVO IDENTIFICADOS NA POPULAÇÃO GERAL**

**Versão Original**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos  
como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

**SANTOS  
2017**

[Dados Internacionais de Catalogação]  
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

---

C119b Cacozzi, Aline.  
O bem-estar subjetivo de indivíduos com transtorno depressivo identificados  
Na população geral. - / Aline Cacozzi; orientador Prof. Dr. Sérgio Baxter  
Andreoli. - 2017.  
46 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de  
Mestrado em Saúde Coletiva, com ênfase na área de concentração em Política,  
Condição Social e Saúde.

Bibliografia:

1. Transtorno depressivo. 2. Bem-estar subjetivo. 3. Condição clínica. 4.  
População geral. I. Andreoli, Sérgio Baxter. II. Universidade Católica de  
Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)

---

Título: O Bem-Estar Subjetivo de Indivíduos com Transtorno Depressivo Identificados na População Geral.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: 30 de março de 2017

**Banca Examinadora:**

**Prof. Dr. SÉRGIO BAXTER ANDREOLI**

**Instituição: Universidade Católica de Santos**

**Julgamento: \_\_\_\_\_**

**Prof. Dr. MARIO CÉSAR RESENDE ANDRADE**

**Instituição: Universidade Cruzeiro do Sul**

**Julgamento: \_\_\_\_\_**

**Profa. Dra. ELIANA MIURA ZUCCHI**

**Instituição: Universidade Católica de Santos**

**Julgamento: \_\_\_\_\_**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu amado marido Rodrigo, com admiração e gratidão por sua compreensão, carinho e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Sérgio Baxter Andreoli, que, durante todos os anos de orientação, esteve sempre presente, compartilhando comigo um pouco do seu grande conhecimento e contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

À Professora Doutora Denise Martin, que me apoia no universo da pesquisa com muito carinho e generosidade.

Ao colega Dr. Mário César Resende Andrade que me auxiliou muito neste e em outros trabalhos e gentilmente aceitou examinar este trabalho.

À Doutora Eliana Miura Zuchhi, a quem tenho grande admiração e também, gentilmente, aceitou examinar este trabalho.

À Universidade Católica de Santos, pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de mestrado.

E a todos os professores e colegas da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, que contribuíram significativamente para minha formação profissional e construção pessoal.

**Este trabalho contou com o  
financiamento da CAPES**

## EPÍGRAFE

*“Mas não há dúvidas que os remédios de hoje são mais bonitos de aparência e trazem nomes tão singulares que não sei como os poetas ainda não começaram a adotá-los nos títulos de seus livros e poemas. Mas isso em breve acontecerá, pois são nomes misteriosos e ao mesmo tempo moderníssimos, que, não significando claramente nada, sugerem a cada um dos mundos e mundos novos; o que é função artística e muito adequada neste momento em que todos estão desejando não propriamente deixar este mundo, mas trocá-lo por outro, na esperança de vida melhor”*

**Cecília Meireles**



## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar a condição clínica de indivíduos com transtorno depressivo na população geral, através do bem-estar subjetivo. Buscou-se também verificar se os indivíduos que estavam em tratamento medicamentoso possuíam melhor bem-estar subjetivo. **MÉTODOS:** Um inquérito domiciliar foi realizado com amostra probabilística (N=3744) nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, entre 2007 e 2008. Os instrumentos 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI) e 'Subjective Well-Being Inventory' (SUBI) foram utilizados para obter diagnóstico de transtorno depressivo e de avaliação do bem-estar subjetivo, respectivamente. Estabeleceu-se como ponto de corte o percentil 70 de pior bem-estar subjetivo >4 (0 a 12). Para estimar associação entre bem-estar subjetivo, transtorno depressivo, outros diagnósticos psiquiátricos e uso de medicação foram realizadas análises de regressão de poisson controlando-se o efeito das variáveis sócio demográficas e do histórico familiar de doença mental. **RESULTADOS:** As prevalências de transtorno depressivo e de pior bem-estar subjetivo na população geral foram de 11% e 30%. Os indivíduos diagnosticados com transtorno depressivo apresentaram o pior bem-estar subjetivo quando comparados como os sem diagnóstico ou com outros diagnósticos psiquiátricos. O uso de medicamento antidepressivo entre os indivíduos com depressão foi baixo (4%) e o uso deste medicamento não influenciou o bem-estar subjetivo. **CONCLUSÃO:** A condição clínica desfavorável, decorrente do não tratamento ou de tratamento exclusivamente medicamentoso, merece preocupação, devido à sobrecarga do transtorno depressivo na vida dos indivíduos e da sociedade. A política de assistência, além de estar voltada para ampliação da oferta de serviços, deve garantir atendimento multidisciplinar, uma vez que o tratamento medicamentoso exclusivo não garante a recuperação do indivíduo.

**Palavras-chave:** Transtorno depressivo; bem-estar subjetivo; condição clínica; população geral.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze a clinical condition of individuals with depressive disorder in the general population through subjective well-being. It was also sought to verify if the individuals who are in drug treatment have better subjective well-being. **METHODS:** A household survey was conducted with probabilistic sample (N = 3744) in the cities of São Paulo and Rio de Janeiro between 2007 and 2008. The 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI) and 'Subjective Well-Being Inventory' were used to obtain a diagnosis of depressive disorder and subjective well-being assessment. The 70 percentile of the worst subjective well-being > 4 (0 to 12) was established as the cut off point. To assess the association between subjective well-being, depressive disorder, other psychiatric diagnoses, and use of medication, poisson regression analyzes were performed by controlling the effect of socio-demographic variables and family history of mental illness. **RESULTS:** The percentages of depressive disorder and worse subjective well-being in the general population was 11% and 30%. Individuals diagnosed with depressive disorder had the worst subjective well-being when compared as those without diagnosis or with other psychiatric diagnoses. The use of antidepressant medication among individuals with depression was low (4%) and the use of this medication did not influence subjective well-being. **CONCLUSION:** The unfavorable clinical condition resulting from non-treatment or exclusively drug treatment deserves concern due to the overload of depressive disorder in the life of individuals and society. The care policy, besides being focused on expanding the service offer, should guarantee multidisciplinary care, since the exclusive medical treatment does not guarantee the recovery of the individual.

**Keywords:** Depressive disorder; Subjective well-being; clinical condition; general population.

## LISTA DE TABELAS

### ➤ TABELA 1

Descrição amostral da população com e sem Transtorno Depressivo Identificados na População Geral das Cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

### ➤ TABELA 2

Condição Clínica avaliada por meio do BES de indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo, com outros diagnósticos psiquiátricos e os que não possuem diagnóstico, identificados na população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

### ➤ TABELA 3

Uso de medicamento e BES de indivíduos identificados na população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

### ➤ TABELA 4

Condição clínica e uso de medicamento divididos de acordo com a gravidade do diagnóstico do transtorno depressivo (N=308).

### ➤ TABELA 5

Associação entre o pior BES e transtornos psiquiátricos, controlada por variáveis demográficas e uso de medicamento antidepressivo na população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

➤ TABELA 6

Associação entre o pior BES e gravidade do transtorno depressivo e transtornos psiquiátricos, controlada por variáveis demográficas e uso de medicamento antidepressivo na população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

➤ TABELA 7

Associação entre o pior BES e gravidade do transtorno depressivo, relacionados a variáveis demográficas e ao uso de medicamento antidepressivo na população de indivíduos diagnosticados com transtorno depressivo no último ano, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N = 308).

## LISTA DE FIGURAS

### ➤ FIGURA 1

Mapa da cidade de São Paulo dividido por distritos administrativos e classificados por nível de homicídios de acordo com os dados do SEADE (2004).

### ➤ FIGURA 2

Mapa da cidade de São Paulo com os distritos administrativos sorteados para pesquisa, classificados por nível de homicídios de acordo com os dados do SEADE (2004).

## LISTA DE QUADROS

### ➤ QUADRO 1

Seis questões do Instrumento “Subjective Well-Being – SUBI” utilizadas neste trabalho.

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>22</b>
<b>OBJETIVO</b> .....	<b>23</b>
<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>24</b>
• INSTRUMENTOS .....	27
• PROCEDIMENTOS .....	29
• ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	31
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>42</b>

## INTRODUÇÃO

O bem-estar subjetivo (BES) é definido como a auto avaliação, afetiva e cognitiva, de uma pessoa sobre a sua satisfação com a vida e com as atividades exercidas, sobre a presença de afetos positivos e prazerosos, e a ausência, ou pouca incidência, de afetos negativos e desprazeres em sua vida (DIENER, 2000). Sendo assim, o BES é uma categoria ampla de fenômenos que incluem além das respostas emocionais de um indivíduo, o seu julgamento sobre a própria vida (DIENER *et al.*, 1999).

O BES é um construto amplamente estudado pela Psicologia Positiva. A Psicologia Positiva, por sua vez, é o enfoque científico e aplicado da descoberta das qualidades das pessoas e da promoção de seu funcionamento positivo pleno, com a finalidade do florescimento humano, além da própria promoção do BES (Snyder; Lopez, 2009; Seibel; Poletto; Koller, 2016).

Desde a Antiguidade, o estudo dos domínios que constituem o BES, apesar de sempre despertar grande interesse, foi delimitado a filósofos e teólogos (DIENER; & BISWAS-DIENER, 2008). Nas últimas décadas, entretanto, devido ao desenvolvimento de instrumentos que conseguem avaliar o construto do bem-estar subjetivo, independentemente de visões socioculturais e com foco em questões de amplitude universal aos seres humanos, o BES se tornou objeto de estudo dos campos da ciência do comportamento e da ciência da saúde. Estas ciências buscam analisar as avaliações que as pessoas fazem sobre suas próprias vidas, incluindo conceitos que vão desde humores momentâneos e padrões de personalidade (ciência do comportamento), até medidas de saúde,



como depressão e euforia, por exemplo (ciência da saúde) (DIENER *et al.*, 2009).

No campo da saúde mental, a associação negativa entre o BES e o transtorno depressivo é amplamente relatada na literatura (KOIVUMAA-HONKANEN *et al.*, 2001). Instrumentos de BES são usados e recomendados para identificar aqueles indivíduos predispostos a desenvolver o transtorno depressivo no futuro (GARGIULIO & STOKES, 2009; GRANT *et al.*, 2013; OSCAKIR *et al.*, 2014) e, para identificar e diagnosticar transtorno depressivo no presente (KRIEGER *et al.*, 2013), inclusive nos serviços de atenção primária (HENKEL *et al.*, 2003).

Estas recomendações são importantes porque, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 350 milhões de pessoas, de todas as idades, são afetadas pelo Transtorno Depressivo no mundo, e destas, menos da metade (em muitos países, menos de 10%) recebem tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Por isso, quanto mais ferramentas os serviços de saúde puderem utilizar para diagnosticar e tratar os indivíduos que precisam de intervenção, melhor.

Muitas das escalas de BES são instrumentos de fácil gerenciamento, tanto no contexto dinâmico das práticas clínicas e ambulatoriais, como nos inquéritos populacionais, principalmente por serem curtos, auto aplicáveis e possuírem em comum o mesmo objetivo, que é avaliar a percepção que indivíduo faz sobre sua vida. Entre essas escalas, destacam-se: a Satisfaction with Life Scale (SWLS) (DIENER *et al.*, 1985); a WHO Wellbeing index (WHO-5) (WORLD HEALTH ORGANIZATION - EUROPE REGIONAL, 1998); e a Subjective Wellbeing (SUBI) (SELL, 1994).

Quando alguém se auto avalia positivamente nos domínios que englobam o BES, ou recebe escore alto nas escalas de avaliação, tende a receber, também, o diagnóstico de saúde mental, porque os sentimentos positivos presentes nas avaliações de BES são os mesmos utilizados para conceituar e indicar saúde mental (KEYS, 2005). Sendo assim, a satisfação com a vida está relacionada positivamente com a saúde mental (HEADLEY, 1993).

Por outro lado, pacientes psiquiátricos, em geral, tendem a receber escores mais baixos nas escalas de BES e serem mais insatisfeitos com a vida do que a população sem diagnóstico psiquiátrico, e os pacientes depressivos, especificamente, são, entre todos, os mais insatisfeitos com a vida (KOIVUMMA-HOKKANEN *et al*, 1996).

Desta forma, assim como a satisfação com a vida está relacionada a saúde mental, a insatisfação com a vida está associada aos transtornos mentais, e ao transtorno depressivo, principalmente. Para Headey *et al*, (1993) é difícil uma pessoa ser feliz ou satisfeita com a vida e deprimida ao mesmo tempo, já que os sintomas presentes durante um episódio depressivo influenciam negativamente a percepção que o indivíduo faz sobre sua vida (BERLIM *et al.*, 2008).

Com efeito, muito destes sintomas comprometem a funcionalidade, a integração social e a qualidade de vida dos indivíduos (USTUN *et al.*, 2004), prejudicando o cotidiano dos mesmos, as suas relações familiares, sociais, de trabalho, entre outros (MARTIN *et al.*, 2012) e, em quadros mais graves, pode até resultar em suicídio (CHACHAMOVICH *et al.*, 2009).

Assim, após o diagnóstico, o correto gerenciamento clínico da depressão, apesar de não ser tarefa fácil, tanto pela natureza internalizada da condição,

como também pela resposta ao tratamento depender de julgamentos subjetivos e do auto-relato dos pacientes (NEWNHAM; HOOKE; PAGE, 2010), se constitui necessário.

Contudo, usar medidas objetivas de desfecho em saúde, tais como a redução de sintomas, por exemplo, para gerenciar e avaliar a recuperação dos pacientes, embora seja importante, sozinha se torna insuficiente quando nos referimos a doenças crônicas, e temos o objetivo de reduzir o sofrimento e o impacto da doença nas diferentes áreas da vida do paciente, como no caso do transtorno depressivo (FLECK, 2008).

Em paralelo, pacientes depressivos indicam que sentimentos subjetivos que englobam o construto do BES, tais como, otimismo, vigor e autoconfiança, são melhores para se avaliar a condição e melhora clínica, do que a redução de sintomas, isoladamente, além destes sentimentos também serem citados como a principal meta de recuperação dos que procuram por tratamento (ZIMMERMAN *et al*, 2006).

Assim, em decorrência da emergência de pesquisas focadas no cliente para avaliar resultados de tratamento (NEWNHAM; PAGE, 2007), escalas de BES, que se relacionam diretamente ao humor positivo, satisfação, interesses ou prazeres e energia, e são recomendadas para identificar e diagnosticar o transtorno depressivo (HENKEL *et al*, 2003; GARGIULIO & STOKES, 2009; GRANT *et al.*, 2013; OSCAKIR *et al.*, 2014; KRIEGER *et al.*, 2013), também podem apresentar-se como profícuas na avaliação da condição clínica de indivíduos com doenças como o transtorno depressivo, por exemplo (BERLIM *et al.*, 2008)

Seguindo este modelo, Newnham; Hooke; Page, (2007) e Newnham; Hooke; Page, (2010) avaliaram a validade clínica dos instrumentos: SF-36, que mede saúde mental (BES), funcionalidade, atividades sociais e vitalidade (NEWNHAM; HOOKE; PAGE, 2007); e do WHO-5 (OMS, 1998), instrumento desenvolvido exclusivamente para o medir BES (NEWNHAM; HOOKE; PAGE, 2010); como medida de resposta individual ao tratamento de indivíduos com transtorno depressivo em serviço de saúde mental e concluíram que ambos os instrumentos de BES são meios rápidos, válidos e confiáveis de avaliar os resultados e monitorar a resposta ao tratamento em serviços psiquiátricos.

Da mesma forma, escalas de satisfação com a vida foram usadas como indicadores de melhora clínica de paciente com depressão na Finlândia (KOIVUMMA-HOKKANEN *et al.*, 2001). Estes pesquisadores encontraram associações positivas nas escalas de BES com as escalas de transtorno depressivo, como a Hamilton e Beck e concluíram que a melhora clínica do paciente está relacionada com a melhora da satisfação com a vida e por consequência, a melhora também dos sintomas. Assim, utilizar escalas de satisfação com a vida é uma boa possibilidade de investigar e gerenciar a resposta de um paciente ao tratamento.

Ademais, o uso das escalas de BES permite não somente verificar a condição e melhora clínica, mas também apresenta dados sobre a efetividade dos tratamentos em diferentes domínios e com isso o direcionamento de medidas terapêuticas mais específicas, diminuindo os custos dos serviços, melhorando a satisfação do paciente com o resultado (THE WHOQOL GROUP, 1998), e protegendo os mesmos contra reincidência (ISHAK *et al.*, 2011).

Contudo, todas as pesquisas citadas anteriormente foram realizadas com amostra de pacientes psiquiátricos ambulatoriais, que estavam diagnosticados e tratados. Consideramos que os dados provenientes de uma amostra populacional pode ser uma ferramenta valiosa para identificar a condição clínica das pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo e ainda verificar se aquelas que estão em tratamento medicamentoso apresentam, de fato, melhor BES. Com isso, o objetivo do nosso trabalho é avaliar o bem-estar subjetivo de indivíduos com transtorno depressivo identificados na população geral.

## JUSTIFICATIVA

A importância de estudar a condição clínica de pacientes com transtorno depressivo na população geral reside no fato de este ser prevalente e a condição clínica estar relacionada ao seu grau de incapacitação. A possibilidade de estudar a condição clínica dos pacientes por meio do bem-estar subjetivo neste estudo é uma oportunidade de agregar valor aos resultados gerados a partir de um estudo epidemiológico e com isso melhorar o seu potencial de fornecer informações para organização de serviços de saúde e formulação de políticas públicas.

## **OBJETIVO**

Analisar a condição clínica, medida por meio do escore de bem-estar subjetivo, de indivíduos diagnosticados com transtorno depressivo, identificados na população geral, e os fatores associados a essa condição.

Verificar se os indivíduos que estavam em tratamento medicamentoso (faziam uso de antidepressivo) apresentavam melhor bem-estar subjetivo.

## MATERIAL E MÉTODO

Os dados que serão utilizados neste estudo provem do estudo de Violência e transtorno de estresse pós-traumático realizado na cidade de São Paulo e Rio de Janeiro (ANDREOLI *et al.*, 2009). Trata-se de um estudo de corte transversal com amostra probabilística da população geral das duas Cidades.

Esta amostra foi selecionada a partir de amostragem estratificada em multi-estágios (ANDREOLI *et al.*, 2009). Na primeira etapa, as cidades foram estratificadas por distritos administrativos, classificados em 7 níveis segundo seu grau de violência, utilizando, para isso, o índice de homicídios na região, (SEADE, 2004). A partir do ranking das taxas de violência, os distritos foram agrupados em ordem crescente (1 = menos do que 10 homicídios/100.000 habitantes; 2 = 10,01 a 20; 3 = 20,01 a 30; 4 = 30,01 a 40; 5 = 40,01 a 50; 6 = 50,01 a 60; e 7 = mais do que 60). Na segunda etapa, todos os setores censitários de cada estrato foram mapeados e um número que variou de 4 a 18 foi sorteado de acordo com o tamanho da população. Na terceira etapa, 43 casas (São Paulo) e 30 casas (Rio de Janeiro) foram selecionadas consecutivamente (a cada 3 casas) e em cada casa um indivíduo de 15 a 75 anos foi selecionado utilizando o método de Kish (KISH, 1949).



Figura 1 – Mapa da cidade de São Paulo dividido por distritos administrativos e classificados por nível de homicídios de acordo com os dados do SEADE (2004)

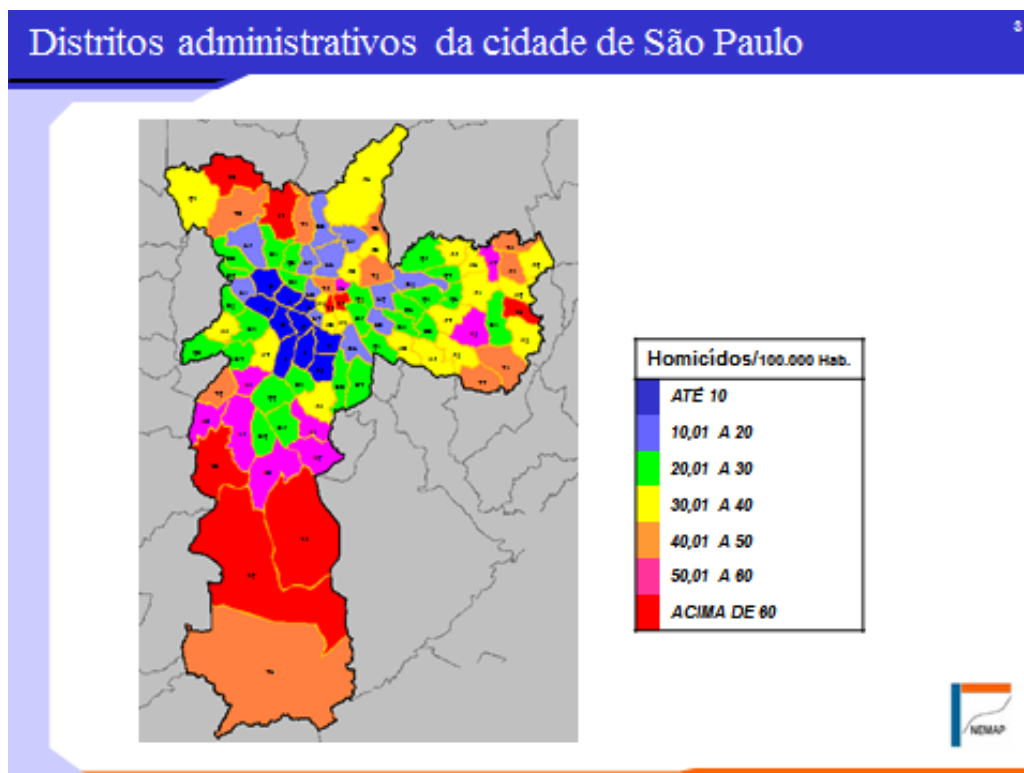
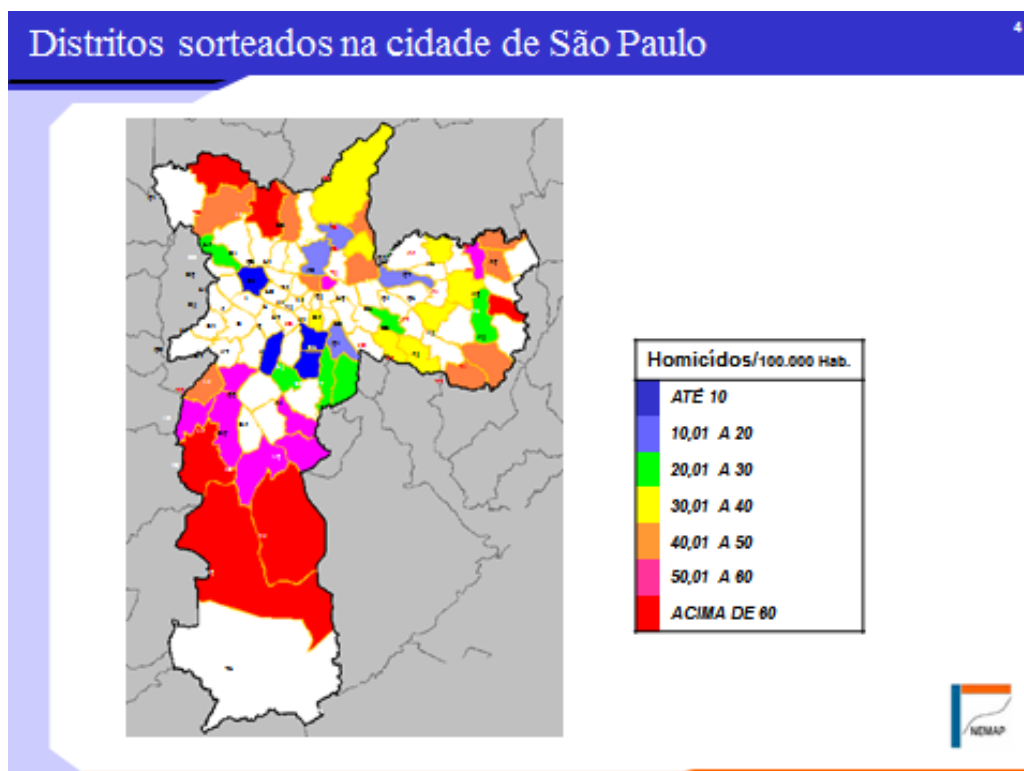


Figura 2 – Mapa da cidade de São Paulo com os distritos administrativos sorteados para pesquisa, classificados por nível de homicídios de acordo com os dados do SEADE (2004)



O tamanho necessário para estimar a prevalência de Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi de 850 entrevistas, considerando uma prevalência de 10%, intervalo de confiança de 95%. Neste estudo, entretanto, o tamanho da amostra estimado foi de 3000 entrevistas em São Paulo e 1500 no Rio de Janeiro, isso porque foi considerada uma taxa de recusa de 20% e houve uma super amostragem dos distritos violentos para aumentar o número de casos prováveis com TEPT (ANDREOLI *et al.*, 2009).

- **INSTRUMENTOS**

Questionário sócio demográfico: questionário específico para coleta padronizada de dados sócio demográficos, com questões sobre idade, sexo, estado civil, profissão/ocupação, escolaridade, renda, condições de moradia e praticante de religião.

“Composite International Diagnostic Interview” (CIDI) versão 2.1: O CIDI é um questionário estruturado desenvolvido em colaboração entre a Organização Mundial da Saúde e a “US Alcohol, Drug, and Mental Health Administration” para utilização em estudos epidemiológicos transculturais (QUINTANA *et al.*, 2012). É composto por 276 questões distribuídas em 11 seções. No presente estudo, foram utilizadas as seguintes seções: seção D, para Transtorno de ansiedade; seção E, para transtorno depressivo, seção J para transtorno decorrente do uso de álcool e seção K para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). A versão brasileira do CIDI 2.1 foi previamente validada. A sensibilidade e especificidade para transtorno depressivo (82,5% e 92,8%), transtorno fóbico (80,6% e 93,5%) e uso nocivo e dependência de álcool (79,5% e 97,3%) foram considerado satisfatório (QUINTANA *et al.*, 2007). Quando validado para a seção de TEPT a sensibilidade foi de 82,4% e a especificidade de 84,8% (QUINTANA *et al.*, 2012).

“Subjective Well-Being” (SUBI): O SUBI é um instrumento de quantificação de bem-estar subjetivo desenvolvido na Índia na década de 80. Trata-se de um questionário auto-aplicado e, que na versão original, é composto de 40 perguntas com respostas “muito”, “mais ou menos” ou “pouco”. A construção desse instrumento partiu de consultas feitas à comunidade, a

especialistas e à literatura, tendo seguido uma exploração etnográfica passo a passo (stepwise ethnographic exploration) (SELL & NAGPAL, 1992). Esta é uma das poucas escalas de bem-estar que não deriva das escalas de sintomas psicopatológicos e separa afeto positivo (bem-estar) de afeto negativo (mal-estar) sendo uma medida composta de sentimentos independentes sobre interesses de vida e bem-estar geral. Nesse estudo, o bem-estar subjetivo (BES) foi avaliado através de seis questões, decorrentes de uma análise fatorial realizada pelos pesquisadores previamente, que avaliam três diferentes domínios: a) bem-estar geral e afetos positivos; b) congruência entre as expectativas e as realizações; e c) transcendência (SELL, 1994).

#### **Quadro 1- Instrumento “Subjective Well-Being – SUBI\*”**

##### **6 QUESTÕES COM POSSIBILIDADES DE RESPOSTAS: "MUITO, MAIS OU MENOS, OU POUCO"**

<b>SUBI1</b>	VOCÊ ACHA QUE SUA VIDA É INTERESSANTE?
<b>SUBI2</b>	COMO VOCÊ SE SENTE QUANTO AO QUE CONSEGUIU REALIZAR E VAI CONTINUAR REALIZANDO?
<b>SUBI3</b>	VOCÊ NORMALMENTE REALIZA AQUILO QUE QUER?
<b>SUBI4</b>	COMPARANDO COM O PASSADO, VOCÊ ACHA QUE A SUA VIDA É
<b>SUBI5</b>	VOCÊ EXPERIMENTA ÀS VEZES MOMENTOS DE ALEGRIA INTENSA?
<b>SUBI6</b>	VOCÊ EXPERIMENTA ÀS VEZES SENSAÇÃO DE FAZER PARTE DA HUMANIDADE COMO SE FOSSE UMA GRANDE FAMÍLIA?

\*Sell, (1994).

- **PROCEDIMENTOS**

As etapas para execução do projeto são relacionadas a seguir: o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), companhia especializada em pesquisas domiciliares, foi contratado para realizar o trabalho de campo. O IBOPE providenciou as entrevistas, a estrutura física e o suporte logístico para o treinamento, gerenciamento e supervisão, que foi realizada pelos próprios pesquisadores. Cada passo do trabalho de campo foi acompanhado pelos pesquisadores (ANDREOLI *et al.*, 2009).

**Treinamento:** O curso de treinamento foi composto por 30 horas de teoria e módulo prático, seguido de um estudo piloto. No estudo piloto, cada entrevistador aplicou 10 entrevistas supervisionadas. Reuniões regulares com o supervisor do time foram realizadas a fim de dissolver dúvidas e padronizar procedimentos de entrevistas. Além disso, foi dado aos entrevistadores um manual de procedimentos para padronização de operação que cobriu todos os aspectos do trabalho de campo. Um treinamento adicional foi dado para o supervisor do time (QUINTANA *et al.*, 2012).

**Coleta de dados:** A coleta de dados foi realizada entre Junho/2007 e Janeiro/2008 em São Paulo, e em Outubro/2007 e Julho/2008 no Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas nas residências dos participantes. Todos os participantes foram informados sobre os riscos da pesquisa e depois assinaram

o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), antes de ser convidados a responder os questionários (ANDREOLI *et al.*, 2009).

**Controle de qualidade:** O supervisor do time verificou todos os questionários dentro da mesma semana que eles foram aplicados. Assim, as inconsistências foram corrigidas quer pela entrevista ou quer pelo supervisor do time dentro de cinco dias. Os supervisores re-entrevistaram 20% de todos os participantes para dupla conferência da precisão do trabalho dos entrevistadores (ANDREOLI *et al.*, 2009).

**Gerenciamento de dados:** Todos os dados foram coletados em papel e introduzidos em um software específico desenvolvido pelo time de gerenciamento de dados do IBOPE. Os dados foram extraídos no formato SPSS, e na limpeza dos bancos de dados foram realizados o processamento dos algoritmos do CIDI 2.1 e as variáveis derivadas (ANDREOLI *et al.*, 2009).

**Comitê de Ética:** O protocolo do estudo foi analisado passo a passo e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo.

**Financiamento:** O projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo número 420122/2005-2.

- **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

O ponto de corte que definiu o bem-estar subjetivo em melhor ou pior foi 7 em um universo que poderia variar de 0 a 12, sendo os valores acima de 7 considerados como pior BES ( $BES > 7$ ). Este ponto de corte foi estabelecido a partir do percentil 70 na distribuição de frequência do escore do BES observado na amostra populacional.

Como variáveis independentes foram analisadas características sócio demográficas (sexo, idade, estado civil, quantidade de filhos, emprego, renda, escolaridade, cor da pele e prática de religião), histórico familiar de doença mental, diagnóstico psiquiátrico, quadro de transtorno depressivo no último ano de acordo com o CID 10 e uso de medicamento.

O teste de qui-quadrado foi utilizado para comparação entre os grupos de interesse (população geral, pessoas com transtorno depressivo e outros diagnósticos psiquiátricos). Nesta análise adotou-se o nível de significância de 20%.

O modelo de regressão de poisson foi utilizado para estimar associação entre BES, transtorno depressivo e outros diagnósticos psiquiátricos e uso de medicação na população geral. Especificamente para população com transtorno depressivo, a associação do BES com uso de medicamento foi estimada. Ambos os modelos foram controlados por variáveis sócio demográficas e de históricos familiar de doença mental. Adotou-se nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas no software STATA, versão 10.

## RESULTADOS

Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro foram entrevistados 3744 indivíduos. Destes, 11,4% apresentaram diagnóstico de depressão no último ano e 18,6% apresentaram diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos no último ano também. Na população de pacientes com transtornos depressivos, 64% eram do sexo feminino, 40% possuíam entre 9 e 11 anos de estudo e 20% possuíam mais de 12 anos de estudo, 57% eram praticante de alguma religião, 60% declararam a cor da pele como branca, 74% não tinham histórico de doença mental na família, 64% com renda média familiar superior à 2,15 salários mínimos mensais, 49% eram casados, 18% com idade 60 a 75 anos e 70% com filhos. Em relação à população geral, o grupo de indivíduos com transtorno depressivo apresentou associação significativa com as variáveis: mulheres ( $\chi^2= 7.1310$ ;  $p<0,01$ ), solteiro ( $\chi^2= 12.6870$ ;  $p<0,10$ ), com idade entre 15 a 29 anos ( $\chi^2= 15.6196$ ;  $p<0,15$ ), com filhos ( $\chi^2= 3.9298$ ;  $p<0,10$ ) e não ter declarado a cor da pele como branca ( $\chi^2= 23.8050$ ;  $p<0,05$ ) (Tabela 1).



Tabela 1 – Descrição amostral da população com e sem Transtorno Depressivo Identificados na População Geral das Cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744)

Variáveis	Sem Depressão		Com Depressão	
	N	%	N	%
Sexo Masculino	1511	43%	109	36%
Sexo feminino*	1925	57%	199	64%
Religião (praticante)	1852	55%	167	57%
Religião (não praticante)	1489	44%	128	42%
Religião (não sabe)	20	1%	5	1%
Escolaridade (sem escolaridade)	101	3%	6	2%
Escolaridade (1-8 anos de estudo)	1532	41%	112	38%
Escolaridade (9-11 anos de estudo)	1163	34%	123	40%
Escolaridade (12 ou mais anos de estudo)	640	22%	67	20%
Cor da pele autodeclara (branca)	1465	47%	168	60%
Cor da pele autodeclarada (outra)*	1966	53%	140	40%
Renda média familiar (até 2,15 salários mínimos)	1566	40%	122	36%
Renda média familiar (maior de 2,15 salários mínimos)	1870	60%	186	64%
Estado Civil (casado)	1399	41%	137	49%
Estado Civil (solteiro)**	1438	41%	116	33%
Estado Civil (outros)	599	18%	55	18%
Idade (15-29 anos)**	1090	31%	82	23%
Idade (30-44 anos)	1138	31%	100	33%
Idade (45-59 anos)	791	25%	74	26%
Idade (60-75 anos)	417	13%	52	18%
Filhos (não)	1075	33%	101	30%
Filhos (sim)**	2370	67%	207	70%
Histórico familiar de doença mental (sim)	817	23%	81	26%
Histórico familiar de doença mental (não)	2594	77%	226	74%

\*P=<0,05

\*\*P=<0,20

Na Tabela 2 e 3, o grupo de indivíduos com transtorno depressivo foi comparado com os grupos de indivíduos sem diagnóstico e com outros diagnósticos psiquiátricos, em relação a condição clínica medida pelo BES e o uso de medicamento. O grupo de indivíduos com transtorno depressivo apresentou 57% de pior BES ( $\chi^2 = 141.6445$ ;  $p < 0,00$ ). O uso de medicação não foi significativo.

**Tabela 2 – Condição Clínica avaliada por meio do BES de indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo, com outros diagnósticos psiquiátricos e os que não possuem diagnóstico, identificados na população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744)**

<b>Variável</b>	<b>Melhor BES (70%)</b>	<b>Pior BES (30%)</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Sem diagnóstico	71%	29%
Outros transtornos mentais	60%	40%
Transtorno depressivo*	43%	57%

\*P = 0,00

**Tabela 3 – Uso de medicamento e BES de indivíduos identificados na população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744)**

<b>Uso de medicamento</b>	<b>Melhor BES (70%)</b>	<b>Pior BES (30%)</b>
Não faz uso	91%	92%
Uso de outras drogas psicoativas	5%	5%
Uso de antidepressivo	4%	3%

A tabela 4 apresenta a condição clínica medida pelo BES e os padrões de uso de medicamento antidepressivo. O grupo de indivíduos com transtorno depressivo apresentou 2% de quadro leve, 37% moderado e 61% grave. Os grupos com depressão moderado e grave apresentaram pior BES (53% e 61% respectivamente) ( $\chi^2= 148.6435$ ;  $p=<0,00$ ). A porcentagem de indivíduos que faziam uso de antidepressivo foi 4%. Contudo, estes não mostraram diferença em relação ao uso de medicação e nem à prevalência de indivíduos com pior BES.

Tabela 4 – Condição clínica e uso de medicamento divididos de acordo com a gravidade do diagnóstico do transtorno depressivo (N=308)

Variável	Diagnóstico de depressão no ano (DSM-IV)		
	Depressão leve (2%)	Depressão moderada (37%)	Depressão grave (61%)
<b>Bem-estar subjetivo</b>			
70% com melhor BES	74%	47%	39%
30% com pior BES	26%	53%*	61%*
<b>Uso de medicamento</b>			
Não faz uso	94%	92%	90%
Uso de outras drogas psicoativas	6%	2%	7%
Uso de antidepressivo	0%	6%	3%

\*P = 0,00

A tabela 5 informa sobre o pior BES na população geral. Este esteve associado a ter outros diagnósticos psiquiátricos (RR = 1,09); e ter diagnóstico de depressão (RR = 1,21). O uso de medicamento não esteve associado ao BES (Tabela 5).

**Tabela 5 – Associação entre o pior BES e transtornos psiquiátricos, controlada por variáveis demográficas e uso de medicamento antidepressivo na população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744)**

<i>Variável</i>	<i>RR</i>	<i>Intervalo de Confiança (95%)</i>	
<b>Diagnóstico</b>			
<i>Transtorno depressivo</i>	1,21	1,17	1,26
<i>Outros diagnósticos psiquiátricos</i>	1,09	1,05	1,13
<i>Uso de medicamento antidepressivo</i>	NS	0,88	1,07

Já quando analisamos os quadros do transtorno depressivo separadamente, o pior BES esteve associado a gravidade dos sintomas: moderado (RR = 1,18); e grave (RR = 1,24). (Tabela 6).

**Tabela 6 – Associação entre o pior BES e gravidade do transtorno depressivo e transtornos psiquiátricos, controlada por variáveis demográficas e uso de medicamento antidepressivo na população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744)**

<i>Variável</i>	<i>RR</i>	<i>Intervalo de Confiança (95%)</i>	
<b>Diagnóstico</b>			
<i>Transtorno depressivo moderado</i>	1,18	1,11	1,25
<i>Transtorno depressivo grave</i>	1,24	1,18	1,30
<i>Outros diagnósticos psiquiátricos</i>	1,09	1,05	1,13
<i>Uso de medicamento antidepressivo</i>	NS	0,88	1,07

Na população específica de indivíduos diagnosticados com transtorno depressivo, o pior BES esteve associado a escolaridade mais baixa: analfabetos (RR = 1,47); com 1 à 8 anos de estudo (RR = 1,52); e com 9 à 11 anos de estudo (RR = 1,49). Já, possuir renda média familiar mensal superior a 2,15 salários mínimos (RR = 0,90); e não declarado a cor da pele como branco (RR = 0,91) estiveram associados ao melhor BES. Novamente, o uso do medicamento não apresentou associação significativa (Tabela 7).

**Tabela 7 – Associação entre o pior BES e gravidade do transtorno depressivo, relacionados a variáveis demográficas e ao uso de medicamento antidepressivo na população de indivíduos diagnosticados com transtorno depressivo no último ano, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N = 308)**

<i>Variável</i>	<i>RR</i>	<i>Intervalo de Confiança (95%)</i>	
<b><i>Escolaridade</i></b>			
<i>analfabeto</i>	1,47	1,23	1,76
<i>1 a 8 anos de estudo</i>	1,52	1,23	1,88
<i>9 a 11 anos de estudo</i>	1,49	1,22	1,81
<i>Ter renda superior a 2,15 salários mínimos</i>	0,90	0,84	0,97
<i>Cor da pele auto declarada como não branca</i>	0,91	0,84	0,98
<i>Uso de medicamento antidepressivo</i>	NS	0,68	1,06

## DISCUSSÃO

Os indivíduos diagnosticados com transtorno depressivo na população geral apresentam condição clínica desfavorável, com bem-estar subjetivo pior do que os indivíduos com outros diagnósticos psiquiátricos e aqueles sem diagnóstico. Uma proporção baixa de indivíduos diagnosticados com transtorno depressivo faz uso de antidepressivo e a sua condição clínica não é influenciada pelo uso deste medicamento e nem pela gravidade da doença.

A ausência de influência do uso de medicamento antidepressivo sobre a condição clínica foi um resultado inesperado uma vez que há evidências de melhora clínica com o uso de antidepressivo quando avaliada por sentimentos de satisfação com a vida e bem-estar subjetivo de pacientes com transtorno depressivo (KOIVUMAA-HONKANEN *et al.*, 2001; KOIVUMAA-HONKANEN *et al.*, 2011). Entretanto, tais evidências provêm de estudos realizados com pacientes atendidos em ambulatórios psiquiátricos e que tinham como base de tratamento o uso do medicamento e a psicoterapia, o que explicaria a melhora clínica. No Brasil, embora os serviços de referência e 'porta aberta', tais como os centros de atenção psicossocial, preconizem o projeto terapêutico individual como elemento norteador da organização do cuidado (SCHNEIDER *et al.*, 2009), na prática, o tratamento frequentemente oferecido é exclusivamente medicamentoso (MATEUS *et al.*, 2008; ANDREOLI *et al.*, 2004), seguindo um modelo biológico de intervenção em detrimento de ações integrais em saúde que constituem um dos pressupostos da reabilitação psicossocial (OLSCHOWSKY *et al.*, 2009).

A prescrição farmacológica (principalmente a segunda geração de antidepressivos) também se constitui como a primeira e única intervenção para o tratamento da depressão nos serviços de atenção primária de diversos países, como Estados Unidos e Canadá, por exemplo (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010; GARTLEHNER *et al.*, 2015). Conseqüentemente, esta prática ocorre em detrimento de estratégias que combinam uso de medicação e psicoterapia, as quais têm sido recomendadas por melhorar a adesão ao tratamento e a condição clínica dos pacientes (GARTLEHNER *et al.*, 2015). Os achados de Wiles *et al.*, (2016) fundamentam essa recomendação ao mostrarem que a combinação de psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) com tratamento medicamentoso reduziu os sintomas depressivos e melhorou a qualidade de vida dos pacientes por aproximadamente quatro anos. Esta efetividade foi atribuída ao manejo dos aspectos subjetivos que os pacientes adquiriram durante os 6 meses de tratamento. Assim, vemos que os tratamentos psicoterapêuticos de diversas modalidades, tais como as terapias psicodinâmicas e as cognitivas comportamentais (ZILCHA-MANO *et al.*, 2014; LUTZ *et al.*, 2015) se mostram efetivos na melhora clínica do quadro depressivo uma vez que os indivíduos melhoram a sua autoestima e aprendem a estabelecer e manter relações de apoio e suporte (KUEHNER & BUERGER, 2005).

Vale ressaltar que atualmente a depressão constitui-se como a principal causa de incapacidade no mundo (IZUTSU *et al.*, 2015), pois, além do quadro psicopatológico desfavorável (FLECK *et al.*, 2002; HERRMAN *et al.*, 2002), está relacionada à diminuição de autoestima, incerteza sobre o futuro e sensação de que a vida é difícil (KOIVUMAA-HONKANEN *et al.*, 1996). Este

comprometimento de aspectos subjetivos para exercer as atividades cotidianas também reforça a importância das intervenções psicoterápicas associadas às medicamentosas, com o intuito de inferir nos aspectos subjetivos e com isso melhorar o quadro clínico.

Contudo, é importante também considerar a influência de aspectos culturais no acesso aos serviços de saúde. O estigma associado à doença mental ainda é uma barreira para que muitas pessoas se reconheçam em sofrimento e procurem ajuda (ANDRADE *et al.*, 2014). Além disso, existem pessoas fazendo uso de medicamento não específico para o tratamento da depressão, como os ansiolíticos, por exemplo, como foi observado em outro estudo com a mesma amostra (QUINTANA *et al.*, 2015) corroborando os achados de Alonso *et al.*, (2004). Já sobre o ponto de vista da qualificação da atenção, também é possível que profissionais de saúde não identifiquem sintomas psiquiátricos (QUINTANA *et al.*, 2013), e todas estas hipóteses explicam a proporção alta de indivíduos com transtorno depressivo identificados na população geral que não se encontram em tratamento e que também tem sido observada em outros estudos epidemiológicos populacionais (KESSLER *et al.*, (2007); AL-HAMZAWI *et al.*,(2015)).

Enfim, algumas limitações devem ser consideradas em nosso trabalho, e a principal delas decorre do seu desenho transversal o que impede inferências causais, além também, da utilização de serviços de saúde ou tratamento, que foi investigada apenas por meio do uso de medicamentos.

De qualquer forma, nossos achados mostram que a condição clínica desfavorável decorrente do não tratamento, da descontinuidade do tratamento,



ou ainda de tratamento exclusivamente medicamentoso, que não considera a singularidade do indivíduo, são aspectos que merecem a preocupação dos responsáveis pela construção de políticas públicas de saúde. O transtorno depressivo é uma doença grave, de aspecto crônico, quando não tratada adequadamente, e que implica num plano de tratamento multidisciplinar para buscar tanto a remissão dos sintomas, como a recuperação da funcionalidade do paciente e prevenir mortes prematuras decorrentes de suicídio.

## REFERÊNCIAS

AL-HAMZAWI, A. O. *et al.* The epidemiology of major depressive episode in the Iraqi general population, **PLoS ONE**, v. 10, n. 7, p. 1–14, 2015.

ALONSO, J. *et al.* Psychotropic drug utilization in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project., **Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum**, v. 109, n. 420, p. 55–64, 2004.

ANDRADE, L. H. *et al.* Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys, **Psychological medicine**, v. 44, n. 6, p. 1303–17, 2014.

ANDREOLI, S. B. *et al.* Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade, **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 475–483, 2000.

ANDREOLI, S. B. *et al.* Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 836–844, 2004.

ANDREOLI, S. B. *et al.* Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey., **BMC psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 34, 2009.

BERLIM, M. T.; BRENNER, J.K.; CALDIERARO, M.A.K.; PARGENDLER, J.S.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida em pacientes deprimidos In: FLECK, M. P. D. A. (Ed.). **A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, v.1, cap. 11, p.123-132. 2008. ISBN 978-85-363-0947-7.

CHACHAMOVICH, E. *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. S18–S25, 2009.

DIENER, E. *et al.* The Satisfaction With Life Scale, **Journal of Personality Assessment**, v. 49, n. 1, p. 71–75, 1985.

DIENER, E. *et al.* "Subjective well-being: Three decades of progress." **Psychological Bulletin** v. 125, p. 276-302, 1999.

DIENER, E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index., **The American psychologist**, v. 55, n. 1, p. 34–43, 2000.

DIENER, E. *et al.* New Measures of Well-Being, *in:* , [s.l.]: Springer Netherlands, 2009, p. 247–266.

DIENER, E.; BISWAS-DIENER, R. Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth. Malden, MA: **Blackwell Publishing**, 2008.

FLECK, M. P. A. *et al.* Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil, **Revista de saude publica**, v. 36, n. 4, p. 431–438, 2002.

FLECK, M. P. A. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228.

GARGIULO, R. A.; STOKES, M. A., Subjective well-being as an indicator for clinical depression, **Social Indicators Research**, v. 92, n. 3, p. 517–527, 2009.

GARTLEHNER G.; GAYNES B.N.; AMICK H.R.; ASHER G., MORGAN L.C.; COKER-SCHWIMMER E.; FORNERIS C.; BOLAND E.; LUX L.J.; GAYLORD S.; BANN C.; PIERL C.B.; Lohr K.N.; Nonpharmacological Versus Pharmacological Treatments for Adult Patients With Major Depressive Disorder, **AHRQ Comparative Effectiveness Reviews**, n. 161, 2015.

GRANT, F.; GUILLE, C.; SEN, S. Well-being and the risk of depression under stress., **PloS one**, v. 8, n. 7, p. e67395, 2013.

HEADEY, B.; KELLEY, J.; WEARING, A. Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression, **Social Indicators Research**, v. 29, n. 1, p. 63–82, 1993.

HENKEL, V. *et al.* Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study, **BMJ**, v. 326, n. 7382, 2003.

HERRMAN, H. *et al.* Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms., **Psychological medicine**, v. 32, n. 5, p. 889–902, 2002.

ISHAK, W. W. *et al.* Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder., **Harvard review of psychiatry**, v. 19, n. 5, p. 229–39, 2011.

IZUTSU, T. *et al.* Mental health and wellbeing in the Sustainable Development Goals, **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 12, p. 1052–1054, 2015.

KENNEDY, R.F. Bem-vindo à Psicologia Positiva. In SNYDER, C.R.; LOPEZ, S.J. **Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas**. Porto Alegre. Artmed, p 17-33, 2009.

KESSLER, R. C.; MERIKANGAS, K. R.; WANG, P. S. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century., **Annual review of clinical psychology**, v. 3, p. 137–158, 2007.

KEYES, C. L. M. Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction, **Social Indicators Research**, v. 77, n. 1, p. 1–10, 2006.

KISH, L. A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household, **Journal of the American Statistical Association**, v. 44, n. 247, p. 380–387, 1949.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. T. *et al.* Correlates of life satisfaction among psychiatric patients., **Acta psychiatrica Scandinavica**, v. 94, n. 5, p. 372–378, 1996.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. T. *et al.* Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study., **Acta psychiatrica Scandinavica**, v. 103, n. 1, p. 38–44, 2001.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. T. *et al.* Factors associated with life satisfaction in a 6-year follow-up of depressive out-patients., **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 46, n. 7, p. 595–605, 2011.

KRIEGER, T. *et al.* Measuring depression with a well-being index: Further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression, **Journal of Affective Disorders**, v. 156, n. November, p. 240–244, 2014.

KUEHNER, C.; BUERGER, C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support, **Journal of Affective Disorders**, v. 86, n. 2, p. 205–213, 2005.

LUTZ, W. *et al.* Clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in routine care: A propensity score based comparison between randomized controlled trials and clinical practice, **Journal of Affective Disorders**, v. 189, p. 150–158, 2016.

MARIÑELARENA-DONDENA, L. A Psicologia positiva no século XXI: História e situação atual do movimento na América Latina. In SEIBEL, B. L.; POLETTTO M.; KOLLER, S.H (org.). **Psicologia Positiva: teoria, pesquisa e intervenção**. Curitiba: Juriá, p. 13-28, 2016.

MARTIN, D. *et al.* Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público, **Interface: Communication, Health, Education**, v. 16, n. 43, p. 885–900, 2012.

MATEUS, M. D. *et al.* The mental health system in Brazil: Policies and future challenges., **International journal of mental health systems**, v. 2, n. 1, p. 12, 2008.

NEWNHAM, E. A.; PAGE, A.C. Client-Focused Research: New Directions in Outcome Assessment, **Behaviour Change**, v. 24, n. 1, p. 1–6, 2007.

NEWNHAM, E. A.; HARWOOD, K. E.; PAGE, A. C., Evaluating the clinical significance of responses by psychiatric inpatients to the mental health subscales of the SF-36, **Journal of Affective Disorders**, v. 98, n. 1, p. 91–97, 2007.

NEWNHAM, E. A.; HOOKE, G. R.; PAGE, A. C. Monitoring treatment response and outcomes using the World Health Organization's Wellbeing Index in psychiatric care, **Journal of Affective Disorders**, v. 122, n. 1, p. 133–138, 2010.

OLSCHOWSKY, A. *et al.* Avaliação de um centro de atenção psicossocial: A realidade em Foz do Iguaçu, **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 43, n. 4, p. 780–786, 2009.

OZCAKIR, A.; OFLU DOGAN, F.; CAKIR, Y. T.; BAYRAM, N.; BILGEL, N. Subjective well-being among primary health care patients., **PloS one**, v. 9, n. 12, p. e114496, 2014.

QUINTANA, M. I. *et al.* Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview ( CIDI 2 . 1 ) Validade e limitações da versão brasileira do Composite International Diagnostic Interview ( CIDI 2 . 1 ), **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 55 11, p. 18–22, 2007.

QUINTANA, M. I. *et al.* Accuracy of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) for diagnosis of post-traumatic stress disorder according to DSM-IV criteria, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1312–1318, 2012.

QUINTANA, M. I. *et al.* Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments, **PLoS ONE**, v. 8, n. 5, p. 1–7, 2013.

QUINTANA, M. I. *et al.* Psychotropic drug use in São Paulo, Brazil-an epidemiological survey, **PLoS ONE**, v. 10, n. 8, p. 1–14, 2015.

SCHNEIDER, J. F. *et al.* Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro, **Ciencia y Enfermeria**, v. 3, n. 3, p. 91–100, 2009.

SEADE. **Informações dos Municípios Paulistas**. São Paulo, 2004. Disponível em: <[www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br)>.

SELL, H.; NAGPAL, R. Assessment of Subjective Well-Being. **Regional Health Paper, SEARO**, v. 24, p. 37, 1992.

SELL, H. The Subjective Well-Being Inventory (SUBI), **International Journal of Mental Health**, v. 23, n. 3, p. 89–102, 1994.

SOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. **Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline**.2010

THE WHOQOL GROUP, The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties, **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569–1585, 1998.

ÜSTÜN, T. B. *et al.* Global burden of depressive disorders in the year 2000, **The British Journal of Psychiatry**, v. 184, n. 5, 2004.

WILES, N. J. *et al.* Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: Follow-up of the CoBaIT randomised controlled trial, **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 137–144, 2016.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Wellbeing Measures in Primary Health Care/ The Depcare Project, **Report on a WHO Meeting**, p. 45, 1998.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Depression**, WHO, disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>, acesso em: 22 fev. 2017.

ZILCHA-MANO, S. *et al.* Changes in well-being and quality of life in a randomized trial comparing dynamic psychotherapy and pharmacotherapy for major depressive disorder, **Journal of Affective Disorders**, v. 152–154, n. 1, p. 538–542, 2014.

ZIMMERMAN, M. *et al.* How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective, **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 1, p. 148–150, 2006.